



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

간호학석사학위논문

추후관리를 받는 관상동맥질환
노인의 건강행위에 우울, 불안이
미치는 영향

2015년 2월

서울대학교 대학원
간호학과 간호학 전공
정 수 정

추후관리를 받는 관상동맥질환
노인의 건강행위에 우울, 불안이
미치는 영향

지도교수 송 미 순

이 논문을 간호학석사학위논문으로 제출함

2014년 10월

서울대학교 대학원
간호학과 간호학 전공
정 수 정

정수정의 석사학위논문을 인준함

2014년 12월

위 원 장	박연환	(인)
부 위 원 장	고진강	(인)
위 원	송미순	(인)

국문 초록

우리나라 심장질환에 의한 사망률 증가와 고령화 속도가 급증하면서 재발의 빈도가 높은 노인 관상동맥질환자의 재발 방지 관리에 대한 관심이 높아지고 있다. 기존 연구를 통해 추후관리를 받는 노인 관상동맥질환자의 재발 방지를 위해 건강행위가 중요하다는 것을 밝혔다. 최근 우울, 불안의 심리적 변수가 건강행위에 부정적 영향을 미친다는 것이 알려졌음에도, 노인을 대상으로 한 연구나 불안 중에서도 기질불안에 대한 연구가 부족하다. 따라서 본 연구는 추후관리를 받는 노인 관상동맥질환자를 대상으로 관상동맥질환 재발 방지를 위한 건강행위 정도를 파악하고 대상자의 건강행위에 우울과 기질불안 정도가 미치는 영향을 규명하고자 시도되었다.

본 연구의 자료 수집은 2014년 7월 18일부터 10월 17일까지 서울시내 소재 S대학병원 순환기내과 병동에 입원한 추후관리를 받는 노인 관상동맥질환자 135명을 대상으로 진행되었다. 자료 수집은 대상자의 일반적 특성 및 질환관련 특성과 관련된 문항을 포함하여 건강행위, 우울과 기질불안도구가 포함된 설문지를 사용하였다.

연구 결과는 다음과 같다.

첫째, 대상자의 건강행위 총점은 150점 만점에 평균 106.62점이었다. 건강행위 5가지 하부영역 중 금연관련 영역이 평균 4.41점으로 가장 수행도가 높은 반면 운동관련 영역은 평균 3.26점으로 가장 낮았다. 대상자의 우울 정도는 15점 만점에 평균 5.79점으로 전체 대상자의 54.1%가 경증

이상의 우울을 경험하는 것으로 나타났고, 기질불안 정도는 80점 만점에 평균 43.39점으로 나타났다.

둘째, 대상자의 일반적 특성과 관상동맥질환관련 특성에 따른 건강행위 정도는 모든 항목에서 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

셋째, 건강행위 하부영역 중 흡연관련 영역을 제외하고 투약, 운동, 추후관리, 식이관련 영역이 우울과 기질불안에 모두 유의한 음의 상관관계를 보였다. 결론적으로 우울 정도와 기질불안 정도가 높을수록 건강행위 정도는 낮아지고 특히 투약, 운동, 추후관리 및 식이관련 영역의 건강행위에 부정적 영향을 미치는 것으로 나타났다.

넷째, 추후관리를 받는 관상동맥질환 노인의 건강행위를 설명할 수 있는 예측요인을 살펴본 결과 기질불안만이 의미 있는 요인으로 노인의 건강행위를 18.4% 설명하였다.

결론적으로 본 연구에서 추후관리를 받는 관상동맥질환 노인의 건강행위 하부영역 중 운동관련 영역의 건강행위 점수가 가장 저조했으며 우울과 기질불안이 추후관리를 받는 관상동맥질환 노인의 건강행위에 음의 상관관계를 보임이 규명되었다.

본 연구는 추후관리를 받는 관상동맥질환 노인의 건강행위에 영향을 미치는 심리적 변수로 우울 뿐 아니라 기질불안을 함께 규명했다는 점에서 의의가 있다. 연구의 결과를 보다 일반화하기 위하여 넓은 지역의 대상자를 포함한 반복연구가 필요하며 건강행위 하부영역 중에서도 운동관련 영역의 건강행위 정도가 가장 낮게 측정되어 추후 연구로 운동 관련 영역의 건강행위가 어려운 장애요인을 파악할 필요가 있다. 또한 기질불안이 관상동맥질환 노인의 우울과도 관련이 있으며 건강행위를 설명하는

가장 중요한 예측요인으로 확인되어 노인 관상동맥질환자에 대한 간호중재 시 대상자의 기질불안에 대한 관심이 요구된다.

주요어 : 관상동맥질환노인, 건강행위, 우울, 불안

학번 : 2013-20440

목 차

국문 초록	i
I. 서 론	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구 목적	4
3. 용어 정의	5
II. 문헌 고찰	8
1. 관상동맥질환 노인의 치료예후	8
2. 관상동맥질환 노인의 건강행위	10
3. 관상동맥질환 노인의 건강행위와 우울, 불안	13
III. 연구 방법	18
1. 연구 설계	18
2. 연구 대상	18
3. 윤리적 고려	19
4. 연구 도구	20
5. 자료수집 절차	22
6. 자료 분석 방법	23

IV. 연구 결과	24
1. 대상자의 일반적 특성과 질환관련 특성	24
2. 대상자의 특성에 따른 건강행위	27
3. 건강행위에 우울과 불안이 미치는 영향	30
4. 건강행위를 설명하는 유의한 변수	32
V. 논 의	33
VI. 결론 및 제언.....	39
참고문헌	42
Appendix	53
Abstract	63

List of Tables

Table 1. Demographic Characteristics of Participants	25
Table 2. Coronary artery disease Related Patients Characteristics...	26
Table 3. Health behavior of the Participants	28
Table 4. Health behavior Score according to Demographic Characteristics of Participants	29
Table 5. Level of Depression and Anxiety	30
Table 6. Correlation Coefficient among Health behavior, Depression and Anxiety	32
Table 7. Regression analysis of Health behavior	32

List of Appendixes

부록 1. 연구 참여 동의서	54
부록 2. 건강행위 하부 영역별 문항 번호	57

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라 심장질환에 의한 사망률은 해마다 증가하고 있어 2002년부터 2012년 까지 10년 간 심장질환에 의한 사망률은 3위에서 2위로 상승하였다(통계청, 2013). 최근 우리나라 인구의 고령화가 진행되면서 노인 인구의 관상동맥질환 이환율도 점차 증가하고 있어 65세 이상 노인의 심근경색증 발생률은 인구 10만 명 당 2,079명으로 청장년층의 182명에 비해 약 10배 이상으로 높아(통계청, 2010) 노인들의 관상동맥질환 관리가 중대한 문제 중 하나로 여겨지고 있다. 노인들의 관상동맥질환 관리가 중요한 이유는 노인은 특성상 관상동맥질환이 있을 때 타 질환의 병발, 심한 관상동맥질환, 심기능 및 전반적인 생리적 기능의 저하가 나타나 고령 자체가 사망률의 증가와 관계(Panagiotakos, Pitsavos, Chrysoshoou, Stefanadis, & Toutouzas, 2001)가 있기 때문이다.

관상동맥 질환의 치료기술은 지난 25년간 지속적으로 발전하여 관상동맥질환자의 생존율은 증가하고 있지만 생존자에 대한 재발 예방 관리가 제대로 이루어 지지 않는다면 관상동맥 질환으로 인한 사망률을 감소시키기에는 한계가 있다(이영진, 2007). 심장질환 중에서도 관상동맥질환은 재발이 빈번하여 성공적인 혈관재형성술 후에도 관상동맥질환 재발이 6개월 내에 발생할 확률이 15~50%에 이르는 것으로 알려져 있다(Lemesle et al., 2008). 그런데 관상동맥질환자의 건강행위는 질병의 예후에 중요한 영향을 미치는 것이 알려져 있다(김경림, 2009; 박정애, 2003). 2011년 미국심장협회(American Heart Association)는 관상동맥질환

환의 예방과 재발 방지를 위한 치료지침을 발표하였다(Smith et al., 2011). 2004년 치료지침이 단기 위험에 초점을 둔데 비해 2011년 치료지침은 생애위험성 평가에 초점을 맞추고 신체활동, 식이, 금연 등의 생활습관 조절을 강화한 것이다. 관상동맥질환의 원인으로 지적하고 있는 흡연, 운동부족, 과체중, 비만 그리고 잘못된 식습관 등(Yang et al., 2012)의 생활습관 교정은 퇴원 후 환자 자신이 수행해야 하는 필수적인 건강행위로 제시되고 있다. 생활습관은 개인이 조절 가능하며 관상동맥질환 노인의 사망률과 질병 이환율 및 삶의 질에 영향을 주기 때문에 관심을 가져야 한다(Hanna & Wenger, 2005).

최근 관상동맥질환자의 건강행위 향상과 관련된 연구로 심리적 변수가 건강행위에 미치는 영향을 규명하기 위한 연구가 꾸준히 시행되어오고 있다(Everson-Rose & Lewis, 2005). 관상동맥질환의 재발 및 사망과 독립적으로 연관이 있다고 알려진 심리적 변수에는 우울, 불안, 적대감, 분노, 전반적인 심리사회적 스트레스 등이 있다(Kent & Shapiro, 2009). 심리적 변수 중 우울과 불안은 죽상동맥경화증의 형성 및 혈중 콜레스테롤 수치 상승과 관련이 있으며, 중대한 심혈관질환 사건을 예측하는 요소이다. 또한 우울과 불안은 급성관상동맥질환의 재발을 막기 위한 건강행위에 부정적인 영향을 미치는 요인이다(Barger & Sydeman, 2005; Frasure-Smith & Lespérance, 2008; Kronish et al., 2006).

우울은 관상동맥질환자에게서 흔히 보고되는 건강문제로 우울증상 및 우울 질병력 모두 심질환의 발생률뿐만 아니라 사망률을 높인다(Everson-Rose & Lewis, 2005). 또한 우울은 관상동맥중재술 후 재발과도 밀접한 관련성을 가지는 것으로 알려져 있을 뿐 아니라(Pedersen et al., 2009) 심혈관질환 환자의 약물 복용 순응도 에도 부정적 영향을 미

친다(Gehi, Haas, Pipkin, & Whooley, 2005). 또 다른 심리적 요인인 불안은 심장질환 환자의 20~25%에서 오랜 기간 지속되는 심리적 감정인데 불안이 높은 환자는 심근경색 재발위험이 높았다(Roest, Martens, Denollet, & de Jonge, 2010). 뿐만 아니라 높은 불안은 심혈관질환 환자의 삶의 질을 악화시키는 요인이기도 하다(Lane, Carroll, Ring, Beevers, & Lip, 2001). 과도한 불안이 있는 관상동맥 질환 대상자들은 생활습관 교정과 식이요법, 운동과 약물복용 등의 자기간호의 어려움이 더 큰 것으로 나타났는데(Lane, Carroll, Ring, Beevers, & Lip, 2001; Rose, Conn, & Rodeman, 1994), 그 이유는 불안이 있는 대상자들은 건강행위를 극복할 수 없는 장애물로 인식하기 때문이다(Lane et al., 2001b; Mæland & Havik, 1988).

선행연구를 보면 우울과 불안이 관상동맥질환 노인의 건강행위에 미치는 영향을 확인할 필요가 있다. 그러나 기존 선행연구의 대상자는 대부분 당뇨, 고혈압과 관절염 환자였고, 관상동맥질환자를 대상으로 했더라도 건강행위에 영향을 미치는 심리적 요인으로 우울 혹은 불안을 따로 연구하거나 불안 중에서도 상태불안에 대한 연구가 대부분이었다. 건강행위는 꾸준히 대상자가 질환을 관리하는 자발적인 행위이므로 개인차를 지닌 획득된 행동 성향인 기질불안이 건강행위에 영향을 미칠 것으로 사료되어 기질불안의 영향을 확인해 볼 필요가 있다.

따라서 본 연구의 목적은 관상동맥질환 노인의 건강행위 현황을 조사하고 대상자의 우울과 불안 정도를 파악한 후 관상동맥질환 노인의 건강행위에 우울, 불안이 미치는 영향을 파악해 추후 노인 심장재활 중재 프로그램 개발에 기초자료로 활용하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 추후관리를 받는 관상동맥질환 노인 환자를 대상으로 관상동맥질환 재발방지를 위해 건강행위 정도를 파악하고 대상자의 건강행위에 우울과 불안 정도가 미치는 영향을 규명하는 서술적 조사연구이다. 구체적인 연구의 목적은 다음과 같다.

- 1) 추후관리를 받는 관상동맥질환 노인의 인구학적, 질환관련 특성에 따른 건강행위의 차이를 파악한다.
- 2) 추후관리를 받는 관상동맥질환 노인의 건강행위에 우울과 불안이 미치는 영향을 파악한다.
- 3) 추후관리를 받는 관상동맥질환 노인의 건강행위 정도를 설명하는 유의한 변수를 규명한다.

3. 용어 정의

1) 관상동맥질환 노인

관상동맥질환이란 관상동맥내의 내벽에 지방과 섬유질이 축적되는 죽상경화성 변화가 선행되어 관상동맥의 구조 및 기능적 이상을 일으켜 심근으로의 산소공급에 불균형을 초래하는 질환이다(김매자 et al., 2000). 본 연구에서 관상동맥질환 노인이란 협심증이나 심근경색증을 포함하는 ACS(acute coronary syndrome)로 진단받은 사람으로서 약물치료나 관상동맥중재술을 시술 받아 관상동맥질환에 대한 추후관리를 받기 위해 재입원한 대상자 중 만 65세 이상의 남, 여 노인을 의미한다.

2) 건강행위

건강행위는 생활양식의 구성요소가 되는 지속적인 활동으로 더 높은 수준의 건강을 위하여 능동적으로 환경에 반응하는 것을 의미하며, 안녕 수준 뿐 아니라 자아실현, 자기성취를 증진시키기 위한 행위를 말한다(Walker, Sechrist, & Pender, 1987). 본 연구에서의 건강행위는 한애경 (1998)이 개발한 관상동맥질환자의 치료지시 이행도구와 문헌을 참고로 송경자 (2001)가 수정·보완한 도구로 관상동맥질환자의 건강행위를 측정한 점수를 의미한다. 이 도구는 투약관련 행위, 식이관련 행위, 운동관련 행위, 금연관련 행위와 추후관리관련 행위로 구성되어 있으며 점수가 높을수록 건강행위를 더 잘 수행한다는 것을 의미한다.

3) 우울

우울은 정서적 상태로서 정상적인 상태부터 병적인 상태에 이르기까지 연속선상에 있으며 근심, 침울함, 무력감, 실패감, 자존심 상실, 무가치함 정도를 의미한다(권석만, 2013). 본 연구에서는 1983년 Yesavage등에 의해 개발된 30문항의 자가보고형 우울 척도(Geriatric Depression Scale)를 Sheikh와 Sheikh and Yesavage(1985)가 가장 우울과 상관관계가 높은 것으로 나타난 문항 15개만을 선택하여 만든 Geriatric Depression Scale-short form을 이용하였다. 이 도구는 노인에게 우울이 없어도 나타날 수 있는 변비, 식욕부진 등의 문항을 제외하여 노인만을 위해 개발된 우울측정 도구이다. 본 연구에서는 기백석(1996)이 번역한 도구를 이용하였는데 5점 이상은 우울상태라고 판단된다.

4) 불안

불안은 비 특징적이고 의식적으로 인식할 수 없는 위협에 대한 정서적 반응으로 생리적 각성과 여러 가지 유형의 행동으로 표현되는 감정의 주관적인 느낌이며 기질불안과 상태불안이 있다. 상태불안은 긴장이나 염려가 의식적으로 지각된 감정을 말하며 상황에 따라 변화하는 인간의 정서 상태를 의미 한다(Charles Donald Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970). 반면 기질불안은 위협적인 상황을 인식하는 개인적인 성질을 의미하며 비교적 안정되고 뚜렷한 개인차가 있는 잠재적인 성질을 의미한다. 본 연구에서 측정하려는 건강행위는 긴장이나 염려가 의식적으로 지각된 감정인 상태불안 보다 개인적인 성질을 지닌 기질불안이 영향을 미친다고 사료

되어 기질불안을 측정하였다. 본 연구에서는 Charles Donald Spielberger et al. (1970)의 기질 및 상태불안 측정도구 중 기질불안 측정 도구를 김정택 (1978)이 한국어로 번안한 측정도구로 측정한 값을 의미하며 점수가 높을수록 불안이 높음을 의미한다.

II. 문헌 고찰

1. 관상동맥질환 노인의 치료 예후

노인의 관상동맥 협착 발병률은 남성에서 70~80% 여성에서 50%로 나타나고 있다(Williams et al., 2002). 관상동맥질환 발병률의 증가로 다양한 의학적 중재가 시행 되고 있는데 마취 및 수술의 부담이 큰 관상동맥 우회술 보다는 관상동맥 중재술 기술을 선호하고 있으며 최근 노인 관상동맥질환자의 증가와 더불어 노인 관상동맥질환자를 대상으로 관상동맥 중재술의 효과 및 합병증에 관한 연구도 국내외로 활발히 진행되고 있다. 우려와 달리 70세 이상 고령의 관상동맥질환자의 관상동맥 중재술의 성공률이나 합병증은 젊은 대조군과 비교해 큰 차이를 보이지 않는다고 보고하고 있다(박종철 et al., 1998). 급성 심근경색증으로 내원하여 일차적 관상동맥 중재술을 받은 75세 이상의 고령군도 젊은 환자군과 비교하여 성공률이나 합병증, 주요 심장사건에서 차이를 보이지 않았다(임상엽 et al., 2005). 이 같은 선행 연구결과를 통해 관상동맥질환의 임상적 치료의 효과는 연령에 큰 영향을 받지 않으므로 노인대상자에 있어서도 관상동맥질환의 시술은 더욱 활발하게 진행될 것으로 생각된다.

관상동맥 중재술 후 가장 큰 합병증 중 하나인 관상동맥질환 재발은 추적 관상동맥 조영술 결과, 이전 치료 부위 또는 새로운 부위의 심혈관 내경이 50% 이상 협착의 소견을 보일 때를 말한다(박옥영 et al., 2001). 처음 심근경색증이 발생한 경우에는 사망률이 20~30%에 불과하지만 재발하는 경우에는 68~85%의 훨씬 높은 사망률과(손연정, 2003), 관상동맥 내막증식, 혈전, 세포 외액 증식, 세포괴사 등의 만성 합병증도 30~

50%에서 발생하기 때문에 재발의 조기 발견 및 예방이 중요하다(김원 et al., 2003).

현재 의학 분야에서는 관상동맥 중재술 후 재발을 예방하기 위한 치료술로서 각종 약물용출성 스텐트의 재협착 방지 효과 검증(Holmes Jr et al., 2006; Kastrati et al., 2005; 박성욱 et al., 2001; 박형욱 et al., 2002; 유기현, 배장호, 김기영, & 현대우, 2006; 장영일, 2012), 스텐트 길이와 관상동맥 재협착과의 관계 연구(정명호 et al., 2001), 약물 치료가 관상동맥질환 재발에 미치는 영향에 관한 연구(Douglas et al., 2005; Walter et al., 2000; 송진호 et al., 2001; 추윤희 et al., 2000)등 국내외 활발한 연구들이 진행되고 있다. 그러나 여전히 6개월 이내에 발생하는 재협착 비율이 15~50%정도로 보고되고 있다. 또한 전체 관상동맥질환자 중 관상동맥질환을 처음 진단 받은 환자보다 재발환자 수가 전체 관상동맥질환자의 약 53%를 차지(Cardiovascular & Rehabilitation, 2004) 하여 의학적 중재 이외에도 퇴원 후 환자의 건강한 생활습관 유지 또한 관상동맥질환 재발 방지 관리로서 중요하다.

2. 관상동맥질환 노인의 건강행위

건강행위란 노인의 건강상태와 기능적 독립성을 향상시키고 질병과 기능장애를 예방하기 위하여 수행하는 행위이다(Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006). 노인들은 스트레스에 대처하는 신체 예비능의 감소로 장애가 발생하기 쉬운 상태(Buchner & Wagner, 1992)이기 때문에 젊은 층에 비해 잘못된 건강행위가 쉽게 건강문제로 나타날 수 있게 된다. 따라서 노년기 건강문제의 약 80%는 주로 건강행위 및 생활양식의 변화를 통하여 장애를 지연시키거나 예방할 수 있다(Pastorino & Dickey, 1990). 그러나 노인은 정상적인 생리적 기능이 서서히 감퇴하고 영구적인 기능장애를 초래해 재활요법 및 장기간의 감독, 관찰, 간호 등이 요구되는 만성질환(Kaplan, Cassel, & Gore, 1977)을 가지고 있어 건강행위 및 생활양식 변화의 필요성이 더욱 높다. 이전에는 노인들은 생활방식을 변화하기 힘들고 변화할 의도도 없다는 인식(Newsom, Kaplan, Huguet, & McFarland, 2004; Somers, Kleinman, & Clark, 1982)과 노인은 질병에 취약하며 의존적이고, 결국 죽음에 이르기 때문에 건강증진 프로그램의 대상에서 제외되기도 하였다(Minkler & Pasick, 1986). 그러나 노인들은 자신의 건강에 대한 관심이 높을 뿐 아니라 건강행위의 빈도도 일반 성인보다 높다는 사실이 많은 연구를 통해 보고되면서(Brown & McCreedy, 1986; Walker, Volkan, Sechrist, & Pender, 1988) 노인의 건강행위 변화에도 관심을 갖기 시작했다.

관상동맥질환에 대한 내과 외과적 처치는 대부분 질환의 원인을 제거한 것이 아니고 질병의 완화를 위한 방법이기 때문에 재발의 요인이 되는 위험인자 교정을 통한 생활양식의 변화가 병행되는 것이 중요하다(Astin & Jones, 2004; 정연이, 2002). 위험요인 중 가족력, 성별, 연령은 수정

가능한 요인이 아니지만, 흡연, 고지혈증, 고혈압, 당뇨, 운동부족 및 스트레스와 같은 대부분의 요인은 변화가능하기 때문에 생활습관을 수정해 위험요인을 감소시키는 것은 매우 중요하다(Smith et al., 2011). 특히, 지속적인 치료와 생활양식의 개선이 없이는 재발 할 수 있는 관상동맥질환을 가진 노인의 기능상태 유지를 위해 건강행위를 지속할 수 있도록 돕는 것은 중요한 간호학적 접근이라고 할 수 있다.

2011년 미국심장협회(American Heart Association)가 발표한 관상동맥질환의 예방과 재발 방지와 치료 지침에는 위험 요인조절에 대한 내용을 강화하였다. 2004년 치료지침이 단기 위험에 초점을 둔데 비해 2011년 치료지침은 생애위험성 평가에 초점을 맞추고 신체활동, 식이, 금연 등의 생활습관 조절과 혈압과 콜레스테롤을 조절할 수 있는 약물요법 등의 내용이 강화된 것이다(Smith et al., 2011). 새로운 지침 내용에 따르면, 모든 관상동맥질환자는 흡연 뿐 아니라 간접흡연도 삼가고 매주 5-7회, 30-60분 동안 꾸준한 운동을 하고 체중은 BMI 18.5-24.9kg/m² 로 유지하며 복부둘레는 남자는 102cm, 여자는 85cm이하를 유지하도록 하였다. 식생활은 야채와 과일 및 저지방 우유제품을 충분히 섭취하도록 권고하고 있다. 혈압 조절은 140/90mmHg이하로 유지하되, 당뇨병 또는 만성신장질환이 있는 대상자는 혈압을 130/80mmHg이하로 유지하며 저밀도 콜레스테롤 수치를 70mmHg/dL이하 당화혈색소는 7% 이하로 유지하도록 하고 매월 2-3회 정기적인 혈당체크를 실시하도록 하였다. 아스피린을 하루 75-162mg 복용하는 등 항혈전제제 약물 외에 ACE inhibitor, 베타차단제 등의 약물 처방의 중요성도 강조하고 있다. 또 년 1회 독감예방주사 접종, 우울증 관리 및 지속적인 심장재활도 관상동맥질환의 예방과 재발 방지를 위한 건강행위로 지침을 통해 권고하고 있다. 특히 우울증 관리가 이 지침에 포함되어 심리적인 요인에 대한 관심도 강조하고 있

다.

따라서 관상동맥질환의 주요한 위험요소 중 흡연, 고지혈증, 운동 부족 및 고혈압 등이 금연, 식생활 변화, 운동과 투약 및 추후관리의 건강행위를 통해 예방 및 건강증진까지 도모할 수 있다는 점에서 관상동맥질환이 있는 노인이 건강행위를 지속하는 것은 중요하다.

3. 관상동맥질환 노인의 건강행위와 우울, 불안

심장 만성질환인 관상동맥질환은 유병률이 높을 뿐 아니라 질병의 치료 및 관리의 부담이 높은 질환이다. 전통적으로 관상동맥질환자에 대한 간호중재 내용은 대상자의 자기관리에 대한 중재가 주 내용이었다. 따라서 관상동맥질환자의 생활습관 중에 수정 가능한 재발 위험요인들인 식생활 개선, 운동 및 금연 프로그램 등을 통한 혈압과 콜레스테롤을 조절함으로써 질환의 위험을 줄이고 사망과 같은 재발을 예방하기 위한 교육이 시행되어 왔다(Smith et al., 2006). 그러나 이러한 생리적인 위험요인만으로는 심질환의 재발과 예후를 설명하기 어렵다는 의견들이 제시됨에 따라 심리적 변수가 관상동맥질환을 비롯한 심질환의 발생과 경과에 미치는 영향을 규명하기 위한 연구가 꾸준히 시행되었다(Everson-Rose & Lewis, 2005). 영국에서 39개의 문헌을 체계적으로 분석한 결과 관상동맥질환자의 관리사항으로 사회 심리적 요인이 생활습관에 비해 상대적으로 무시되고 있으나 사회 심리적 요인이 건강행위에 주는 영향이 크다는 증거를 제시하고, 대상자의 건강행위 중재를 시행할 때 사회심리적인 요인에 관심을 가져야 함을 주장하였다(Critchley & Capewell, 2003). 관상동맥질환의 재발이 높은 이유 중 하나는 사회 심리적 요인과 관상동맥질환의 관련성에 대한 확신이 부족하고, 사회 심리적 요인을 중재하는 것에는 많은 노력이 소요되는 반면 그 효과는 아직 확실하지 않기 때문이라 생각되고 이러한 상황은 국내에서도 크게 다르지 않다(조정진, 2013). 관상동맥질환과 관련이 있는 사회 심리적 스트레스에 대한 고찰에 의하면 사회 심리적 스트레스는(Rozanski, Blumenthal, and Kaplan, 1999) 우울증, 불안 증상, 성격특성, 사회적 격리, 만성생활스트레스의 5가지였다. 최근의 다른 연구(Kent and Shapiro, 2009)에서도 관상동맥질환의 재발

및 사망과 독립적으로 연관이 있는 것으로 알려진 심리적 디스트레스는 우울, 불안, 적대감, 분노, 전반적인 심리사회적 스트레스 등 이었다.

먼저 우울과 불안이 관상동맥질환에 미치는 영향에 관한 국외연구에서는 관상동맥질환자에서 우울증이 3배 많으며 우울한 증상만 있어도 관상동맥질환의 위험성이 높다고 했다(Rozanski et al., 1999). 뿐만 아니라 단순한 걱정, 불안장애, 공황장애 등의 불안관련 질환은 모두 관상동맥질환의 발생을 높이는 것으로 나타났다. 그 외 건강인 500명을 대상으로 한 전향적 코호트 연구에서 우울과 불안이 심혈관질환의 원인 및 유발요인이었다(Kuper et al., 2002). 반면에 54개의 관찰연구를 메타분석 한 결과 우울이 독립적으로 심혈관질환에 영향을 미치는 매개변수임이 명확히 확인되지 않은 결과도 있었다(Nicholson et al., 2006). 불안이 관상동맥질환에 미치는 영향은 아직 논란의 여지가 있지만 일부 연구에서 혈중 콜레스테롤 수치 상승에 관여해 관상동맥질환자의 혈관건강에 영향을 미쳐 대상자의 예후에 부정적인 결과를 초래한다고 했다. 그 이유는 불안의 신체증상은 자율신경계가 활성화 되어 교감신경계 증상으로 혈중 에피네프린의 증가, 당대사의 증가, 동공 산대, 심계항진, 위장운동 감퇴, 호흡 증가, 혈압 상승, 발한 등이 나타나고 부교감신경계가 흥분하면 빈뇨, 설사, 소화 장애, 식욕감퇴와 불면증이 등이 나타난다. 이 중 에피네프린의 상승은 지단백분해효소의 활성화에 영향을 미쳐 지방 대사의 변화를 가져온다(Hayward, Taylor, Roth, King, & Agras, 1989).

국내 연구에서는, 경피적 관상동맥 성형술을 받은 환자의 대응전략과 우울의 관계에서 우울은 도피-회피의 대응 전략과 정적 상관관계가 있다고 했다(최기주, 2001). 한 연구에서는 관상동맥질환자의 연구 대상자 중 14%가 경증 및 중증 우울 환자였고(김명실, 2006), 비슷하게 조원정(2010)의 연구 대상자의 52.2%가 경증 이상의 우울 정도를 보였다. 우울

과 관련된 변수로는 여성이 우울이 더 높게 나타났고, 진단명이 협심증 일 때 우울이 더 높았다.

노인은 특징적으로 다양한 심리사회적 상실, 신체적 쇠약과 질병 등을 경험하며 이로 인해 불안이나 우울상태가 되기 쉽고 특히 만성질환의 경우 복잡하고 장기적인 치료 과정으로 인해 불안과 우울이 생길 가능성을 증가시킨다(김연숙 et al., 2007). 노인은 노화에 따른 신체기능의 저하와 만성질환, 배우자 사망, 사회적 고립 등으로 우울 경향이 증가하고 노년기 우울로 발생하는 각종 무력감, 운동 감소, 인지기능 저하 등의 신체증상이 노인성 질환과 구별하기 어려워 노인의 우울증이 방치되는 경우가 많다(이소영, 2010). 불안은 특수한 환경에 적응하기 위한 생체의 가장 기본적인 반응 양상이며 누구나 경험하는 기본적인 정서이며 스트레스나 위협적인 상황으로 인해 나타날 수 있는 부정적 정서반응이다(Charles D Spielberger, 1972). 노년기의 불안장애는 젊은 사람에서와 마찬가지로 가장 흔한 심리장애이나 다른 연령층에 비해 더 실제적인 경향을 보여 사건 자체보다는 사건에 따르는 결과를 더 두려워하는 경향을 보인다(Bernal López, Potvin, & Avila Funes, 2012). 노인의 불안의 특징은 노령화 관련 원인들 즉, 우울증의 공존, 인지기능의 저하, 신체질환의 동반 등으로 진단이 어렵고 또한 노인의 경우 정신과적 평가에 저항적인 경우가 있어, 우울과 마찬가지로 진단이 어려운 경우가 많다(김재민, 2005; 오강섭, 2006). Charles D Spielberger (1972)는 인간의 불안은 관찰 될 수 있고 자신의 감정을 기술 보고 할 수 있다고 보았으며 불안을 기질불안(Trait Anxiety)과 상태불안(State Anxiety)으로 분류하였다. 기질불안은 불안경향에 있어서 비교적 변화하지 않는 개인차를 지닌 성질이나 얻어진 행동성향을 뜻하는 것으로 생물학적 본질적인 요인과 유아기의 경험에서 비롯되며 특별한 위험상황과 스트레스에 의해 활성화될

때까지 잠재되어 있는 불안을 의미한다. 기질불안은 지속적이며 영구적인 불안 형태로서 상황의 변화나 시간의 경과에 따라 변화되지 않는 개인적 성질이다. 건강행위는 꾸준히 대상자가 질환을 관리하는 자발적인 행위기 때문에 개인차를 지닌 획득된 행동 성향인 기질불안이 건강행위에 영향을 미칠 것으로 사료되어 건강행위에 미치는 기질불안의 영향을 확인해 볼 필요가 있다.

2011년 노인인구 실태조사에 의하면(정경희, 2011) 우리나라 노인의 88.5%가 만성질환을 가지고 있는데 노인의 우울과 불안은 만성질환자의 건강행위에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 정현선(2013)의 연구결과에 의하면 65세 이상 고혈압, 당뇨, 관절염 등의 만성질환을 가진 노인 198명의 건강행위에 우울과 불안이 영향을 미치는 매개변수였다.

우울은 만성질환 중 당뇨병이 있는 대상자에게서 유병률이 일반인에 비해 2배 이상 높았는데(Anderson et al., 2001), 우울이 심해질수록 약물요법, 식이요법, 운동요법에 대한 자기간호 수행 정도가 낮아졌고(정선하, 2005) 당뇨 합병증을 증가시켰다(De Groot et al., 2001; Katon et al., 2004). 여러 연구에서(김기숙 & 고지운, 2012; 김세안 & 송미순, 2012; 박기선 et al., 2009) 노인 당뇨병 환자의 우울과 자기관리 건강행위 간에는 유의한 음의 상관관계를 보였다. 또한 고혈압 환자와 류마티스 관절염 환자를 대상으로 한 연구에서도 유사한 결과를 나타내 우울점수가 낮을수록 자기간호를 수행하는 정도가 높았다(고영지, 2009; 최영순, 2006; 한정원 & 박인혜, 2008).

불안은 치료적 중재를 마친 관상동맥질환 대상자나 급성 심장질환을 경험한 대상자에게서 우울보다 흔히 나타나고(Kubzansky, Kawachi, Weiss, & Sparrow, 1998), 높은 불안은 관상동맥질환 환자의 삶의 질을 악화시키는 요인으로 작용한다(Lane et al., 2001a). 심장질환환자의 약

10~45%에서 불안이 나타나는데 그 이유는 생명에도 영향을 줄 수 있는 심장질환이 생겼다는 자체의 심리적 부담과 질병에 대한 지식의 부족 때문이다(Ladwig et al., 1992). 과도한 불안이 있는 관상동맥질환 대상자들은 흔히 생활습관 교정과 식이요법, 운동과 약물복용 등의 자기간호의 어려움이 있다(Lane et al., 2001b; Rose et al., 1994). 그 이유는 불안이 있는 대상자들은 생활습관 교정, 식이요법, 운동, 약물복용 등의 건강행위를 극복할 수 없는 장애물로 인식하기 때문이다(Lane et al., 2001b; Mæland & Havik, 1988).

관상동맥질환자의 심질환 재발에 영향을 미치는 심리적 디스트레스에 관한 체계적 문헌고찰에서(박진희, 2011) 국내에서 시행된 대부분의 연구는 불안 중 상태 불안만을 측정해 추후 기질불안을 측정한 반복 후속 연구의 필요성을 언급했다. 또한, 지금까지 선행연구는 우울과 불안이 관상동맥질환에 미치는 영향에 대해 논란의 여지가 있어 우울과 불안이 노인 관상동맥질환자의 건강행위에도 중요한 영향인자인지 확인 할 필요가 있다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 만 65세 이상 노인 관상동맥질환자의 건강행위를 투약관련 건강행위, 식이관련 건강행위, 운동관련 건강행위, 금연관련 건강행위, 추후관리관련 건강행위 등 5가지 영역으로 분류하여 평가하고, 대상자의 우울과 불안 정도를 사정 한 후 우울, 불안이 건강행위에 미치는 영향을 규명하는 서술적 조사연구이다.

2. 연구 대상

본 연구의 근접 모집단은 서울시내 소재 S 대학병원 순환기내과병동에 추적 관상동맥조영술을 위해 외래나 응급실을 통해 입원한 만 65세 이상 관상동맥질환이 있는 자이다.

대상자 선정 기준은 다음과 같다.

- 1) 본 연구의 목적을 이해하고, 연구 참여에 자발적으로 서면 동의한 만 65세 이상 노인
- 2) 의사로부터 관상동맥질환으로 진단을 받고, 추적 관상동맥조영술을 위해 외래나 응급실을 통해 순환기내과 병동으로 입원한 노인

- 3) 국문 해독이 가능하여 스스로 설문지 응답을 할 수 있는 노인 또는 설문 조사자가 읽어주는 설문 내용을 이해하고 응답할 수 있는 노인
- 4) 과거에 의사로부터 우울증이나 불안장애를 진단받지 않은 노인

표본의 크기는 G-power 3.1 프로그램을 이용 해 산출했다. ANOVA 분석을 이용 할 때 $\alpha=.05$, power=.80, effect size=.25(medium), group=3를 기준으로 159명이, effect size=.40(large)으로 할 경우 66명이 도출되었다. 연구 자료는 2014년 7월 18일부터 2014년 10월 17일까지 수집되었고 수집 된 136명의 자료 중 누락된 응답이 있는 1부를 제외시키고 135명의 자료가 최종분석에 이용되었다.

3. 윤리적 고려

본 연구는 자료 수집을 시작하기 전에 연구 대상자 보호를 위하여 ‘서울대학교병원 연구 대상자 보호 심사위원회(Institutional Review Board, IRB)’의 승인(승인번호 : 1406-0380-585)을 받은 후, 간호본부와 순환기내과병동의 협조를 얻어 자료를 수집하였다. 연구대상자는 연구자로부터 연구의 목적과 방법 및 내용에 대한 설명을 듣고 연구 참여에 자발적으로 서면 동의를 한 후 설문에 참여 하였다. 연구자는 대상자에게 연구에 참여 하기를 동의하였다 하더라도 연구 진행 중 언제든지 연구 참여를 중단하거나 거절할 수 있음을 충분히 설명하였다. 수집된 자료의 분석과 처리과정은 익명성을 보장하고, 열쇠 잠금 장치가 있는 곳에 보관 한 후 연구논문이 인쇄자료로 발표된 후에는 분쇄 폐기할 예정이다.

4. 연구 도구

본 연구에 사용된 설문지는 대상자의 일반적 특성과 관상동맥질환과 관련된 문항 13문항, 건강행위 30문항, 우울 15문항, 기질불안 20문항으로 총 78문항이다. 연구 도구를 사용하기 전에 건강행위는 원저자, 단축형 노인우울 척도와 기질불안 도구는 한국어 번역자에게 도구사용에 대한 승인을 받은 후 사용하였다.

1) 대상자의 일반적 특성과 질환 관련 특성

대상자의 일반적 특성은 성별, 나이, 교육 정도, 결혼여부, 직업, 가구 월 평균 소득, 동거가족유무와 관상동맥질환 관련 특성 등을 포함하여 총 13문항으로 구성되어 있다.

2) 건강행위

한애경 (1998)이 관상동맥질환 환자를 대상으로 개발한 주관적 자기 간호 수행 측정도구를 송경자 (2001)가 수정·보완한 도구를 사용하였다. 측정 도구는 투약관련 4문항, 식이관련 13문항, 운동관련 8문항, 금연관련 1문항, 추후관리관련 4문항으로 모두 30문항으로 구성되어있다. 각 문항은 ‘항상 잘하였다’ 5점 부터 ‘전혀 못하였다’ 1점의 5점 척도로 측정하도록 구성되어 있다. 점수 범위는 최하 30점에서 최고 150점까지로, 점수가 높을수록 건강행위정도가 높은 것이다. 송경자(2001)는 본 도구를 사용해 허혈성심장질환을 가진 대상자에게 심장재활프로그램을 적용하기 전과 프로그램을 적용 하고 퇴원 4주 후의 건강행위를 측정하였고 개발 당시 도구의 신뢰도는 Cronbach’s alpha값 .85, .75(송경자, 2001)였고, 본 연구에서 Cronbach’s alpha값은 .88였다.

3) 단축형 노인 우울 척도

우울 측정 도구는 Yesavage et al. (1983)이 개발한 30문항의 자가 보고형 우울척도 Geriatric Depression Scale(GDS)를 Sheikh and Yesavage (1985)가 가장 우울과 상관관계가 높은 것으로 나타난 문항 15개만을 선택하여 개발한 GDS short form 도구를 사용하였다. 원형과 short form 척도간의 상관관계는 .84였다. 기백석 (1996)은 이 도구를 번역하여 한국판 단축형 노인 우울 척도(GDSSF-K)를 개발하였다. 이 도구는 15개 문항 15점 만점 척도로 5개의 역치문항(당신은 활동과 흥미가 많이 저하되었습니까?, 당신은 가끔 낙담하고 우울하다고 느낍니까?, 당신은 지금 자신의 인생이 매우 가치가 없다고 느낍니까?, 당신은 자주 사소한 일에 마음의 동요를 느낍니까?, 당신은 자주 울고 싶다고 느낍니까?)이 있다. 점수 측정은 ‘예’ 0점, ‘아니오’ 1점의 이분척도로 점수가 높을수록 우울 정도가 높음을 의미하며 점수에 따라 정상(0~4점), 경증우울(5~9점), 중증우울(10~15점)로 분류하고 5점 이상은 우울상태로 판단한다. 기백석 (1996)의 연구에서 도구 개발 당시 신뢰도는 Cronbach's alpha값 .88였고, 본 연구에서 Cronbach's alpha값은 .91였다.

4) 기질불안 도구

대상자의 불안을 측정하는 척도는 Charles Donald Spielberger et al. (1970)가 개발한 기질 및 상태불안 도구 중 기질불안 도구를 김정택 (1978)이 번안한 도구를 사용하였다. 기질불안은 두 군의 동질성 검사를 위한 것으로 문항수가 20문항으로 되어 있으며 각 문항마다 4점 척도로 되어있다. 긍정적인 문항이 7문항(‘나는 기분이 좋다’, ‘나는 마음이 놓인다’, ‘나는 마음이 차분하고 침착하다’, ‘나는 행복하다’, ‘나는 마음이 든든하다’, ‘나는 만족스럽다’, ‘나는 착실한 사람이다’), 부정적인 문항이 13

문항으로 이루어져 있으며 긍정적인 각 문항마다 ‘거의 그렇지 않다’ 4점, ‘조금 그렇다’ 3점, ‘보통으로 그렇다’ 2점, ‘거의 언제나 그렇다’ 1점을 주고 부정적인 문항은 역환산 하였다. 점수가 높을수록 불안 정도가 높음을 의미하며, 김정택 (1978)의 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach’s alpha값 .86였고, 본 연구에서 Cronbach’s alpha값은 .91였다.

5. 자료수집 절차

자료 수집은 서울시내 소재 S 대학병원 순환기내과 교수 6인의 승인과 순환기내과 병동과 간호본부의 협조를 얻어 2014년 7월 18일부터 10월 17일까지 시행했다. 대상자 모집은 자료수집기간 동안 외래 및 응급실을 통해 S대학병원 한 개의 순환기내과병동에 추적 관상동맥조영술을 위해 입원한 관상동맥질환 대상자 중 본 연구의 선정기준에 만족하는 관상동맥질환 노인으로 선정하였다. 연구자는 대상자의 의무기록을 사전에 검토한 후 본 연구의 선정 기준을 만족하는 대상자에게 순환기내과 병동에 입원해 있는 기간 중에 연구 참여의 목적과 방법 및 내용에 대한 설명을 하고 자발적으로 연구 참여에 서면 동의를 받았다. 설문에 참여 한 후 연구자는 참여자에게 소정의 답례품을 제공하였다. 모든 연구의 자료 수집은 간호사인 연구자 본인이 직접 진행하였는데, 설문지에 응답이 가능한 대상자는 직접 응답하고 시력장애 등의 문제로 직접기입이 어려운 대상자는 연구자가 설문지를 읽어주고 대상자가 답한 것을 응답지에 연구자가 기록하는 방식으로 하였다.

6. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS 22.0 프로그램을 이용하여 전산처리 하였다.

- 1) 대상자의 인구학적 특성 및 질환관련 특성, 건강행위, 우울과 불안 정도는 실수, 빈도, 백분율, 평균, 표준편차로 산출하였다.
- 2) 대상자의 일반적 특성과 질환관련 특성에 따른 건강행위 차이는 t-test, ANOVA를 이용하여 분석하였다. 유의한 차이가 있는 경우 사후검증으로 Tukey test, Scheffe test를 적용하여 어느 집단 간의 차이인지 분석하였다.
- 3) 우울, 불안이 건강행위에 미치는 영향을 파악하기 위해 Pearson's correlation 으로 분석하고, 건강행위 정도를 설명하는 유의한 변수를 규명하기 위해 stepwise multiple regression 으로 분석하였다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성과 질환관련 특성

본 연구대상자의 일반적 특성 및 질환 관련 특성은 다음과 같다(Table 1, Table 2). 대상자의 연령 분포는 65세에서 74세가 135명 중 81명 (60%)으로 가장 많았으며, 75세에서 84세가 38.5%, 85세 이상이 1.5%순이었다. 성별은 남자가 67.4%였으며 교육 수준은 고졸이 가장 많았고, 대상자의 76.3%가 직업이 없었고 월 평균 수입은 100~200 만원 이하라고 응답한 비율이 가장 높았다. 현재 동거 가족은 배우자가 대부분이었으며 95.6%가 흡연 하지 않는다고 응답했다.

관상동맥질환의 특성에 관한 질문에서는 관상동맥 질환을 진단받은 시기가 2년 이내인 경우가 가장 많았고, 동반된 만성질환으로는 고혈압이 가장 많았고 고혈압과 고지혈증을 함께 동반한 경우가 그 다음 순이었으며 동반만성질환이 없다고 대답한 비율도 9.6%였다. 관상동맥조영술의 시술 횟수는 평균 1.99회였다. 스텐트나 풍선확장술을 시행한 경우가 전체의 72.6%로 나타났으며, 의료진으로부터 관상동맥질환의 재발가능성에 대한 설명을 들었는지에 관한 질문에서는 ‘재발가능성이 약간 있다’고 들었다는 경우가 가장 많았다.

Table 1. Demographic Characteristics of Participants (N=135)

Characteristics	Classification	n(%)
Gender	Male	91(67.4)
	Female	44(32.6)
Age(yrs)	65~74	81(60)
	75~84	52(38.5)
	Above 85	2(1.5)
Education	Illiteracy	2(1.5)
	Primary school	34(25.2)
	Middle school	22(16.3)
	High school	48(35.6)
	Over college	29(21.5)
Occupation	Yes	32(23.7)
	No	103(76.3)
Monthly family income (10,000 won)	100>	29(21.5)
	100~200	54(40)
	200~300	22(24.4)
	300<	19(14.1)
Living with family	Alone	19(14.2)
	Spouse	93(68.9)
	Children	10(7.4)
	Spouse & Children	11(8.1)
	Spouse & Children & Relatives or Other	2(1.4)
Smoking	No	129(95.6)
	Yes	6(4.4)

Table 2. Coronary artery disease Related Patients Characteristics

(N=135)

Variables		n(%)	Mean±SD
Period of diagnosis(yrs)	2>	63(46.7)	2.56(±1.87)
	2~4	19(14.1)	
	4~6	18(13.3)	
	6~8	7(5.2)	
	8~10	6(4.4)	
	Above 10	22(16.3)	
Comorbidity	Hypertension	23(17.1)	
	Hypertension, Hyperlipidemia	21(15.6)	
	Hypertension, Diabetes melitus, Hyperlipidemia	13(9.6)	
	Other(Cancer, Benign Prostatic Hypertrophy etc.)	65(48.1)	
	No	13(9.6)	
Number of Coronary angiogram	1	45(33.3)	1.99(±0.88)
	2	56(41.5)	
	3	25(18.5)	
	Above 4	9(6.7)	
Coronary angioplasty	Yes	98(72.6)	
	No	37(27.4)	
Physicians prediction		16(11.9)	
of Recurrence	Little	75(55.6)	
	Not told	44(32.6)	

2. 대상자의 특성에 따른 건강행위

대상자의 건강행위 총점은 최저 71점에서 최고 138점까지의 분포를 보였고, 평점 106.62였고 5점 평점기준으로 평점 3.55점이었다(Table 3). 건강행위는 투약, 식이, 운동, 금연 및 추후관리의 5가지 하부영역으로 구성되어 있다. 영역별 결과를 살펴보면 금연관련 행위가 4.41점으로 가장 높은 반면 운동관련 행위는 3.26점으로 가장 낮았다. 항목별 결과로 투약관련 행위는 ‘처방 받은 약을 규칙적으로 복용하였다’가 평점 4.95점으로 높은 건강행위 정도를 보인 반면, ‘약을 먹고 난 후 맥박을 측정하였다’는 상대적으로 낮은 건강행위를 보였다. 식이관련 행위는 ‘음식을 먹기 전에 콜레스테롤이 많이 들어있는 음식인지 살펴보았다’를 제외한 나머지 모든 세부 항목에서 ‘보통이다’ 이상의 건강행위 정도를 보였다. 운동관련 행위는 ‘활동 후에는 맥박을 측정하였다’가 가장 낮은 건강행위 정도를 보였다. 마지막으로 추후관리관련 행위는 ‘체중을 매일 측정하였다’와 ‘혈압을 매일 측정하였다’가 평점 중간 이하의 건강행위 정도를 보였다.

대상자의 일반적 특성과 질환 특성에 따른 건강행위의 차이를 t-test, one-way ANOVA로 분석한 결과는 Table 4와 같다. 대상자의 일반적 특성과 관상동맥질환의 특성에 따른 건강행위 정도는 모든 항목에서 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

Table 3. Health behavior of the Participants

(N=135)

Subcategory	Item	Mean(\pm SD)
Medication	Domain total	3.65(\pm1.57)
	처방받은 약을 규칙적으로 복용하였다.	4.95(\pm 0.37)
	약의 부작용이 무엇인지 알고 먹었다.	3.34(\pm 1.45)
	의사의 처방 없이 다른 약을 먹지 않았다.	4.42(\pm 0.99)
	약을 먹고 난 후 맥박을 측정하였다.	1.9(\pm 0.10)
Diet	Domain total	3.65(\pm1.17)
	음식을 싱겁게 먹었다.	3.63(\pm 1.03)
	음식을 소량씩 먹었다.	3.70(\pm 0.95)
	닭고기의 껍질은 제거하고 먹었다.	3.80(\pm 1.30)
	고기의 기름은 제거하고 조금만 먹었다.	3.79(\pm 1.19)
	계란 노른자는 1주일에 3개 이하로 먹었다.	3.86(\pm 1.23)
	음식을 튀기지 않고 굽거나 삶아서 먹었다.	3.80(\pm 0.99)
	고기 내장은 먹지 않았다.	3.88(\pm 1.05)
	새우, 오징어, 생선알, 굴은 먹지 않았다.	3.50(\pm 1.17)
	음식을 먹기 전에 콜레스테롤이 많이 들어있는 음식인지 살펴보았다.	2.77(\pm 1.27)
	커피를 마시지 않았다.	3.33(\pm 1.30)
	콜라를 마시지 않았다.	4.28(\pm 1.10)
	야채를 많이 먹었다.	3.79(\pm 0.93)
	생선을 자주 먹었다.	3.40(\pm 0.90)
Exercise	Domain total	3.26(\pm1.36)
	매일 규칙적으로 운동을 하였다.	3.18(\pm 1.17)
	준비운동을 매일 하였다.	2.44(\pm 1.30)
	마무리 운동을 매일 하였다.	2.30(\pm 1.22)
	같은 장소에 오래 서있지 않았다.	3.72(\pm 0.99)
	무거운 것을 들지 않았다.	3.62(\pm 1.05)
	활동 후에는 맥박을 측정하였다.	1.80(\pm 0.95)
	추위나 더위에 갑자기 노출되지 않았다.	4.21(\pm 0.93)
	가능한 충분한 유식을 자주 취하였다.	4.87(\pm 0.56)
Smoking	담배를 피우지 않았다.	4.41(\pm1.24)
After care	Domain total	3.48(\pm1.44)
	병원 방문 날짜를 항상 지켰다.	4.67(\pm 0.70)
	병원을 방문해야 하는 위험증상을 알고 주의하였다.	4.13(\pm 1.04)
	체중을 매일 측정하였다.	2.91(\pm 1.36)
	혈압을 매일 측정하였다.	2.21(\pm 1.08)
Total Health behavior		106.62(\pm14.77)
		3.55(\pm1.35)

Table 4. Health behavior Score according to Demographic

Characteristics of Participants

(N=135)

Variables	Classification	Health behavior Score	
		Mean(\pm SD)	t/F(p) Tuckey (Scheffe)
Age	65-74	107.65(\pm 15.34)	0.60(0.54)
	75-84	104.88(\pm 14.09)	
	Above 85	110.00(\pm 5.65)	
Gender	Male	105.53(\pm 14.08)	1.53(0.21)
	Female	108.89(\pm 16.05)	
Education	literacy	99.50(\pm 19.09)	0.49(0.73)
	primary School	106.26(\pm 16.61)	
	Middle School	109.77(\pm 15.79)	
	High School	105.21(\pm 14.67)	
	Over college	107.48(\pm 11.93)	
Job	Yes	101.66(\pm 14.20)	1.01(0.424)
	No	108.17(\pm 14.67)	
Smoking	Yes	94.33(\pm 6.21)	2.36(0.98)
	No	107.19(\pm 14.82)	
Diagnosis Period (Year)	2>	107.13(\pm 16.39)	0.24(0.94)
	2~4	107.63(\pm 15.38)	
	4~6	104.39(\pm 15.28)	
	6~8	109.71(\pm 8.82)	
	8~10	103.00(\pm 17.08)	
	Over 10	106.14(\pm 10.21)	
Number of coronary angiography	1	106.42(\pm 16.29)	0.94(0.41)
	2	104.91(\pm 15.25)	
	3	108.52(\pm 11.04)	
	Over4	113.00(\pm 12.37)	

*p<.05

3.건강행위에 우울과 불안이 미치는 영향

1) 우울과 불안

연구 대상자의 우울 정도를 분석한 결과 평균 우울은 5.79점이었다 (Table 5). 대상자의 우울정도를 분류한 결과 우울점수가 0~4점, ‘정상’에 해당하는 대상자가 전체의 45.9%로 가장 많았고 우울점수가 10~15점, ‘중증우울’의 대상자가 24.4%로 가장 낮은 비율을 차지했다. 연구 대상자의 기질불안은 총 20문항 4점 척도로 점수가 높을수록 불안이 높음을 의미하는데, 평균 43.39점으로 나타났다.

Table 5. Level of Depression and Anxiety (N=135)

Variable		n(%)	Mean(±SD)
Anxiety			43.39(11.38)
Normal (0~4)		62(45.9)	
Depression	Mild depression (5~9)	40(29.7)	5.79(4.70)
	Moderate depression(10~15)	33(24.4)	

2) 건강행위와 우울, 불안의 관계

건강행위 항목 중 금연관련 행위는 우울과 불안 모두 통계적으로 유의한 상관관계를 보이지 않았다(Table 6). 그 외 건강행위 하부 영역 중 금연 외의 모든 하부영역 즉, 투약, 식이, 운동, 추후관리관련 행위에서는 모두 유의한 음의 상관관계를 보였다. 또한 총 건강행위 점수와 우울 정도와 불안 정도와의 관계도 통계적으로 유의한 음의 결과를 보였다. 즉, 우울 정도와 불안정 도가 증가할수록 총 건강행위 정도는 감소하고 투약과 운동, 식이, 추후관리관련 행위에서 건강행위가 유의하게 감소하는 것으로 분석되었다.

우울 정도와 불안 정도의 상관관계는 통계적으로 유의한 양의 상관관계를 보여($r=.753$, $p<.001$) 우울 정도가 높을수록 불안 정도도 높은 것으로 나타났다.

Table 6. Correlation Coefficient among Health behavior, Depression and Anxiety (N=135)

	Health behavior					Anxiety
	Medication	Diet	Exercise	Smoking	After Care	Health behavior Total
	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	
Depression	-.226 (.008)**	-.211 (.014)*	-.377 (.000)**	-.063 (.470)	-.331 (<.001)**	-.355 (<.001)**
Anxiety	-.295 (.001)**	-.308 (<.001)**	-.394 (<.001)**	-.080 (.357)	-.319 (<.001)**	-.436 (<.001)**

* $p<.05$, ** $p<.001$

4. 건강행위를 설명하는 유의한 변수

건강행위를 설명하는 유의한 변수를 규명하기 위해 대상자의 일반적 특성과 질환 특성 변수와 우울, 불안을 독립변수로 설정하고 stepwise multiple regression으로 분석한 결과는 Table 7 과 같다. 다중회귀분석에서 발생할 수 있는 다중공선성 존재 여부를 확인하기 위하여 분산팽창지수(variance inflation factor, VIF)와 공차관계(tolerance)를 확인한 결과 우려할 만한 다중공선성은 발생하지 않았다. 다중회귀분석을 한 결과 기질불안만이 유의한 예측요인이었으며 기질불안 모형의 설명력은 18.4%였다.

Table 7. Regression analysis of Health behavior

(N=135)

Variables	R	R ²	β	t	p
Anxiety	0.436	0.184	-.436	-5.592	<.001

V. 논 의

본 연구는 추후관리를 받는 관상동맥질환 노인의 우울과 불안의 정도를 파악하고 우울과 불안이 건강행위에 미치는 영향을 파악해 노인 관상동맥질환자의 건강행위를 증진시키기 위한 간호 중재의 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

1. 대상자의 특성에 따른 건강행위

본 연구 대상자의 일반적 특성을 살펴보면 연령분포는 65세~74세가 60%로 가장 많았다. 대상자의 성별은 남성이 67.4%로, 국민건강통계자료의 남성 노인 관상동맥질환자의 비율이 여성 노인보다 높게 보고된 바(보건복지부, 2012)와 김경림(2009)의 노인 관상동맥질환자를 대상으로 한 연구결과의 특성과 유사하게, 본 연구의 추후관리를 받는 관상동맥질환 환자도 남성노인이 여성노인보다 높은 비율을 차지했다. 교육수준은 35.6%의 대상자가 고졸의 교육정도였는데 이는 기존 노인 관상동맥질환자를 대상으로 한 건강행위 연구의 분석결과인 중졸이하, 초졸 이하(원미화, 2011; 이정화, 2008)에 비해서는 높은 수준이었다. 그러나 서울시내 소재 대학병원 외래를 방문하는 65세 이상 노인의 건강행위를 조사한 정현선(2013)의 연구에서는 대상자의 학력 수준은 전문대졸, 대졸 이상이 가장 높게 나타나, 서울 중심부에 위치한 대학병원을 이용하는 대상자의 사회, 경제적 특성이 반영된 결과로 사료된다. 현재 동거가족의 유형은 배우자가 68.9%로 과반수 이상 이고, 동거가족이 없는 경우도 14.2%로

최근 가족 구조의 변화양상이 반영된 최근 선행연구와 유사하다(이정화, 2008; 조원정, 2010). 대상자의 질환과 관련된 특성으로 동반 만성질환은 고혈압이 17.1%로 가장 높은 비율을 차지해, 관상동맥 중재술을 받은 노인의 자기간호 이행에 관한 연구(조원정, 2010)와 정현선과 김옥수(2013)가 65세 이상 만성질환을 가진 노인을 대상으로 건강행위를 측정한 연구에서 대상자가 보유하고 있는 만성질환 중 고혈압이 가장 높은 비율을 차지한 결과들을 지지한다.

본 연구에서 추후관리를 받는 관상동맥질환 노인의 건강행위는 평균 3.55점이었다. 조원정(2010)이 동일한 도구를 사용해 관상동맥질환 노인의 건강행위를 측정한 결과인 평균 3.4점과 비슷한 수준이었다. 건강행위의 5가지 하부영역별로 살펴보면 운동관련 건강행위가 평점 3.26점으로 가장 낮게 나타나, 최근 운동영역 건강행위에 대한 중요성이 강조되고 있음에도 본 연구의 관상동맥질환 노인의 운동 건강행위영역 실천율은 다른 영역의 건강행위에 비해 저조하게 나타났다. 이는 기존 관상동맥질환 노인의 운동영역 건강행위가 가장 낮다고 밝힌 이정화(2008)의 결과를 지지하지만, 조원정(2010)의 운동영역 건강행위 실천율 보다는 낮은 수준이었다. 위의 상이한 결과는 건강행위를 측정한 대상자의 건강상태나 사회 심리적 특성의 차이로 기인할 수도 있기 때문에 결과를 동일시 비교하기는 어렵다. 그럼에도 불구하고 기존연구에서도 운동영역 건강행위가 다른 영역의 건강행위에 비해 높게 측정 되진 않아, 운동은 중요한 영역인데도 불구하고 관상동맥질환 노인의 이행이 저조한 부분이라고 생각된다. 따라서 추후 관리를 받는 관상동맥질환 노인을 위한 심장재활중재프로그램 개발 시 실천율이 저조한 운동영역의 건강행위를 향상시키기 위한 간호학적 노력이 필요하다고 생각된다.

본 연구에서는 대상자의 특성에 따른 건강행위의 정도는 일반적 특성

및 질환관련 특성의 모든 항목에서 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다. 관상동맥질환 노인의 특성에 따른 건강행위를 살펴본 이정화(2008)의 선행 연구에서도 대상자의 일반적 특성 및 질환관련 특성 중 건강행위에 유의한 차이를 보이는 변인이 없었다. 반면 조원정(2010)의 연구에서는 월 평균 소득정도에 따라 유의한 차이를 보였고 본 연구에서는 살펴보지 않았던 자기간호 관련 교육 수혜유무에 따라 유의한 차이를 보였었다. 따라서 본 연구에서 밝히지 못한 추후 관리를 받는 관상동맥질환 노인의 건강행위에 영향을 미치는 일반적 특성 및 질환관련 특성 요인을 밝히기 위한 반복 연구가 필요하다고 본다.

2. 대상자의 건강행위에 우울, 불안이 미치는 영향

본 연구 대상자의 우울 정도는 15점 만점에 평균 5.79점으로 단축형 노인 우울 척도 기준에 의해 평점 5점 이상으로 우울상태라고 판단된다. 0~4점인 정상인 대상자가 전체의 45.9%로 가장 높게 나타난 반면 10~15점인 중증우울이 있는 대상자는 24.4%로 가장 낮게 나타났다. 조원정(2010)이 관상동맥질환 노인을 대상으로 우울 정도를 측정한 결과는 평균 4.83점으로 본 연구보다 낮게 측정되었지만 본 연구와 다른 우울 측정 도구로 우울을 사정했기 때문에 결과를 비교하기 어렵다. 동일한 우울 측정 도구를 사용해 관상동맥질환 노인을 대상으로 측정한 연구는 찾아보기 힘들어 파킨슨 환자에게 측정한 결과를 보면(송경애 외, 2006) 평균 7.78점으로 본 연구보다는 우울 정도가 높은 수준이었다. 본 연구에서 기질 불안 정도를 평가한 결과 80점 만점에 평균 43.39점으로 나타났다. 조효정(2002)은 본 연구와 같은 도구로 내과와 외과에 입원한 만 65세 이상 노인을 대상으로 기질불안과 입원 시 불안을 측정했고 기질불안을 측정한 결과는 평균 41.08점으로 본 연구보다 낮았지만 대상자가 가진 질환의 특성에 따라 차이가 있을 것으로 사료된다. 선행연구 중 기질불안을 측정 한 연구가 부족하여 상태불안을 측정한 연구와 비교해 본다면, 조영임과 송민선(2005)의 연구에서는 제 2형 당뇨병 환자의 상태불안 정도가 평균 58.9점으로 본 연구보다 상대적으로 높았으나 상태불안과 기질불안의 직접비교는 어렵다.

관상동맥질환 노인의 건강행위에 우울과 불안이 미치는 영향은 우울과 불안정도가 증가할수록 건강행위 정도는 감소하는 것으로 나타났다. 본 연구 결과는 정현선(2013)이 65세 이상 만성질환 노인의 건강행위에 우울과 불안이 영향을 미치는 매개변수임을 확인한 것과, 정경희(2011)의

노인인구 실태조사에서 노인의 우울과 불안이 만성질환자의 건강행위에 영향을 미친다는 결과들을 지지한다. 최근 노인 수명의 연장 뿐 만 아니라 노인 관상동맥질환의 유병율이 증가하면서 기존에 고혈압, 당뇨 및 관절염 등을 만성질환으로 관리하던 범주를 넓혀 관상동맥질환 노인의 건강행위 또한 철저하게 관리 할 필요가 있다고 본다. 건강행위의 하부영역에 우울과 불안이 미치는 영향을 살펴보면, 노인 관상동맥질환자의 건강행위에 우울이 미치는 영향을 본 조원정(2010)의 연구에서도 본 연구와 동일하게 건강행위 하부 영역 중 투약, 운동과 추후관리관련 영역에서 유의한 음의 상관관계를 보였고 금연관련 영역은 본 연구결과와 유사하게 유의한 결과를 보이지 않았다. 그 이유는 금연관련 영역은 금연관련 영역을 제외한 건강행위 하부영역과 다르게 흡연행위의 중독성이 있으며, 본 연구에서는 흡연자의 비율이 상대적으로 매우 적었기 때문에 사료된다. 건강행위 하부영역 중 운동영역은 일상생활 및 운동 능력에 문제가 있는 노인 환자에게서 우울과 불안이 높다고 보고 했고(정현선, 2013), 결과적으로 움직임의 제한과 정서적 위축감은 운동영역의 건강행위 수행율에 부정적 영향을 미친다. 따라서 우울과 불안이 높은 관상동맥질환 노인은 운동영역의 건강행위가 중요함을 알고 있다 하더라도 본 연구의 결과처럼 실천율이 저조할 수 있기 때문에, 우울과 불안이 있는 관상동맥질환 노인의 운동영역의 건강행위를 증진시키기 위해 대상자의 정서적 상태를 고려하는 것은 중요하다고 할 수 있다.

본 연구에서 기질불안이 관상동맥질환 노인의 건강행위에 가장 큰 부정적 영향요인으로 나타나, 기질불안은 특성 상 개인적인 성질이며 잠재적인 성질이기 때문에 추후 노인 관상동맥질환자의 간호 시 대상자의 기질불안을 조기 사정하고 기질불안이 높은 관상동맥질환 노인은 건강행위 관리를 개별화 할 필요가 있다고 본다.

3. 연구의 제한 점

1) 본 연구는 서울시내 소재 일개 대학병원 순환기내과 병동에 응급실이나 외래를 통해 입원한 관상동맥질환 노인 135명을 대상으로 진행한 연구이기 때문에 본 연구결과를 일반화 하는데 주의가 필요하다.

2) 본 연구의 자료수집 방식은 설문지를 통해 대상자가 직접 설문지에 응답하거나 연구자가 읽어주는 문항에 응답이 가능한 일부 노인만을 대상으로 했다. 따라서 설문지 조사방식에 제한이 있는 대상자는 제외된 제한이 있다.

VI. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구는 추후관리를 받는 관상동맥질환 노인의 건강행위 정도와 우울, 불안의 정도를 파악하고 대상자의 건강행위에 우울, 불안이 미치는 영향을 살펴본 서술적 조사 연구로서, 연구 결과를 추후 노인 심장재활 중재 프로그램 개발에 도움이 되는 기초자료로 활용하고자 시도되었다.

연구 대상자는 서울시내 S 대학병원 순환기내과 병동에 응급실이나 외래를 통해 추후관리를 받기 위해 입원한 만 65세 이상 관상동맥질환 노인 환자이고, 자료 수집 2014년 7월 18일부터 2014년 10월 17일까지 실시하여 최종 분석에는 135부의 설문지가 사용되었다. 본 연구에서 추후관리를 받은 관상동맥질환 노인환자의 건강행위에 우울과 불안이 미치는 영향은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 건강행위 총점은 150점 만점에 평균 106.62점, 5점 척도 만점에 평균 3.55점이었다. 건강행위 5가지 하부영역 중 금연관련 영역이 평균 4.41점으로 가장 수행도가 높은 반면 운동관련 영역은 평점 3.26점으로 가장 낮았다. 대상자의 우울 정도는 15점 만점에 평균 5.79점으로 54.1%가 경증이상의 우울을 경험하는 것으로 나타났고, 기질불안 정도는 80점 만점에 평균 43.39점으로 나

타났다.

2) 대상자의 일반적 특성과 관상동맥질환 특성에 따른 건강행위 정도는 모든 항목에서 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

3) 건강행위 하부영역 중 흡연관련 영역($r=-.063$, $p=.470$)($r=-.080$, $p=.357$)을 제외하고 투약관련 영역($r=-.226$, $p=.008$)($r=-.295$, $p<.001$), 운동관련 영역($r=-.377$, $p<.001$)($r=-.394$, $p<.001$), 추후관리관련 영역($r=-.331$, $p<.001$)($r=-.319$, $p<.001$)및 식이관련 영역($r=-.211$, $p=.014$)($r=-.308$, $p<.001$)이 우울과 불안에 모두 유의한 음의 상관관계를 보였다. 건강행위 총점과 우울 정도와 불안 정도와의 관계도 통계적으로 유의한 음의 결과를 보였다. 결론적으로 우울 정도와 불안 정도가 높을수록 건강행위 정도는 낮아지고 특히 하부영역 중 투약, 운동, 추후관리와 식이관련 영역의 건강행위 수행에 부정적 영향을 미치는 것으로 나타났다.

4) 추후관리를 받는 관상동맥질환 노인의 건강행위를 설명할 수 있는 예측요인을 살펴본 결과 기질불안만이 의미 있는 요인으로, 관상동맥질환 노인의 건강행위를 18.4%설명하였다.

2. 제언

본 연구의 결과를 토대로 추후관리를 받는 관상동맥질환 노인 대상자의 건강행위 향상을 위한 추후 간호학적 연구 방향과 임상실무 적용에 있어서 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 본 연구는 서울시내 일개 대학병원 순환기내과 병동에 응급실이
나 외래를 통해 입원한 추후관리를 받는 관상동맥질환 노인만을
대상으로 시행한 연구이므로 국내 넓은 지역의 대상자를 포함하
여 관상동맥질환이 있는 노인의 건강행위를 파악하고 우울과 기
질불안의 심리적 변수와의 관계를 사정하는 반복연구를 제언한
다.

둘째, 본 연구에서 건강행위 항목 중 운동영역의 수행도가 가장 낮게
측정되어 추후 연구로 운동영역의 건강행위가 어려운 장애요인
을 파악할 필요가 있다.

셋째, 기질불안이 관상동맥질환 노인의 우울과도 관련이 있으며 건강
행위 수행에 가장 중요한 예측요인으로 확인되어 노인 관상동맥
질환자에 대한 간호중재 시 대상자의 기질불안에 대한 관심이
요구된다.

참고 문헌

- 고영지. (2009). 류마티스 관절염 간호대상자의 건강행위, 자기 효능감, 가족지지 및 우울간의 관계. *간호과학*, 21(2), 22-35.
- 권석만. (2013). *현대 이상심리학*. 서울: 학지사.
- 기백석. (1996). 한국판 노인 우울 척도 단축형의 표준화 예비연구. *신경정신의학*, 35(2), 298-307.
- 김경림. (2009). *관상동맥중재술 후 가족지지와 건강행위 이행에 따른 재협착 여부*. (국내석사학위논문), 이화여자대학교 대학원, 서울.
- 김기숙, & 고지운. (2012). 노인 당뇨병환자의 당뇨 자가관리와 관련요인. *韓國老年學*, 32(4), 961-973.
- 김매자, 서문자, 김주현, 박영임, 전명희, 은영, 송미령. (2000). *만성질환과 간호*. 서울: 정문각.
- 김명실. (2006). *관상동맥질환자의 스트레스와 우울의 관계*. (국내석사학위논문), 고신대학교 대학원, 부산.
- 김세안, & 송미순. (2012). 간호실무 : 지역사회 당뇨병노인의 혈당조절, 자기관리 정도와 우울. *Perspectives in Nursing Science*, 9(2), 94-101.
- 김연숙, 권영은, 성기순, & 곽혜련. (2007). 입원노인의 삶의 질, 죽음 불안, 영적 안녕에 관한 연구. *노인간호학회지*, 9(2), 143-153.
- 김원, 정명호, 김성희, 박우석, 박옥영, 김주한, 조정관. (2003). 원저: 관상동맥 스텐트 재협착 병변에 대한 99mTc-HMPAO 국소 전달요법을 이용한 새로운 방사선 치료법. *대한내과학회지*, 64(5), 523-534.
- 김정택. (1978). 특성불안과 사회성과의 관계. *고려대학교 석사학위논문*.
- 박기선, 문정순, & 박선남. (2009). 노인 당뇨병 환자의 자가간호, 가족지지, 우

을. *기본간호학회지*, 16(3), 345-352.

박성욱, 김준홍, 홍명기, 최시완, 문대혁, 오승준, 박승정. (2001). 스텐트내 미만성 재협착이 생긴 환자에서 죽상경화반 절제술후 188 Re-MAG3 을 채운 풍선 도자를 이용한 방사선 치료. *Korean Circulation*, 31(5), 466-475.

박예리, 김태석, 박용규, 이성수, 김성래, 손현식, 이광우. (2009). 원저: 내분비-대사; 다회 인슐린 투여가 당뇨병 환자의 삶의 질, 우울 및 불안 요소에 미치는 영향. *Korean Journal of Medicine (구 대한내과학회지)*, 77(1), 60-67.

박옥영, 정명호, 윤보라, 이상록, 정우곤, 이상현, 박종춘. (2001). 혈중 호모시스테인과 관상동맥 중재술 후 재협착과의 관계. *Korean Circulation*, 31(6), 560-566.

박정애. (2003). *관상동맥 중재술 환자의 재협착 여부에 따른 스트레스와 환자역할행위이행 정도의 비교연구*. (국내석사학위논문), 경희대학교 대학원, 서울.

박종철, 정명호, 김주한, 김성희, 김준우, 배열, 김인수. (1998). 고령환자에서 관상동맥 중재술의 특징. *순환기*, 28, 256-261.

박형욱, 정명호, 박옥영, 김인수, 최명자, 이승현, 김원. (2002). 헤파린 부착 관상동맥 스텐트의 장기 임상 효과. *Korean Circulation*, 32(9), 773-780.

보건복지부. (2012). 2012 국민건강통계, 국민건강영양조사 제5기 3차년도

손연정. (2003). 적대감 분노 및 serum homocysteine level 이 심질환 재발에 미치는 영향.

송경애, 최동원, & 박혜자. (2006). 파킨슨병 환자의 인구학적,임상적 특성에 따른 우울, 일상생활 수행능력 및 인지기능. *기본간호학회지*, 13(2), 249-256.

- 송경자. (2001). *자기효능강화 심장재활프로그램이 자기효능, 건강행위와 삶의 질에 미치는 효과*. (국내박사학위논문), 서울대학교 대학원, 서울.
- 송진호, 윤철, 이일, 정준용, 조길현, 김두일, & 김동수. (2001). Cilostazol 과 Ticlopidine 이 관상동맥 스텐트 재협착증의예방에 미치는 영향 비교. *Korean Circulation*, 31(8), 780-787.
- 원미화. (2011). *심장재활 프로그램이 노인 관상동맥질환자의 심혈관 위험도, 건강행위 및 삶의 질에 미치는 효과*. (국내석사학위논문), 동의대학교 대학원, 부산.
- 유기현, 배장호, 김기영, & 현대우. (2006). 스텐트 내 재협착에 시행한 Sirolimus 약물 방출 스텐트 삽입의임상적 결과: 관상동맥 조영술에 의한 정량적 연구. *Korean Circulation*, 60(36), 121-125.
- 이소영. (2010). 재가노인의 건강행위 관련 특성, 자아존중감, 일상생활 수행능력 및 가족지지가 우울에 미치는 영향. *지역사회간호학회지*, 21(4), 489-501.
- 이영진. (2007). 생활양식 개선 교육프로그램이 관상동맥 질환자의 건강행위 이행 및 생리적 지표에 미치는 효과. *임상간호연구*, 13(3), 43-54.
- 이정화. (2008). *노인 관상동맥질환자의 가족지지와 자가간호 수행*. (국내 석사학위논문), 한양대학교 임상간호정보대학원, 서울.
- 임상엽, 정명호, 양보라, 김계훈, 손일석, 홍영준, 안영근. (2005). 75 세 이상 고령 급성 심근경색증 환자에서 일차적관상동맥 중재술 후 장기적 임상 경과.
- 장영일. (2012). 약물 용출 스텐트와 일반 금속 스텐트에서 혈전증에 대한 발생과 예후. *한국콘텐츠학회논문지*, 12(7), 273-283.
- 전해정. (2008). *경로당 이용노인의 주관적 건강 상태, 건강관심도및 건강행위간의 관계*. (국내석사학위논문), 전남대학교 대학원, 광주.

- 정경희, 이윤경, 손창균, 박보미, 이수연, 이주현, 권중돈, 김수봉, 이소정, 이용식, 이윤환, 최성재, 김소영. (2011). 2011년도 노인실태조사. 보건복지부 한국보건사회연구원.
- 정명호, 조정관, 강정채, 이승현, 홍영준, 박옥영, 김계훈. (2001). 원저: 긴 스텐트는 관상동맥 스텐트 재협착의 유일한 예측 인자. *Korean Journal of Medicine* (구 대한내과학회지), 60(6), 529-536.
- 정선하. (2005). 제 2형 당뇨병 환자의 우울과 자가 관리 이행. (국내석사학위논문), 가톨릭대학교 대학원, 서울.
- 정연이. (2002). 관상동맥질환자를 위한 인터넷기반 교육프로그램 개발 및 효과 분석. 서울대학교 대학원.
- 정현선, & 김옥수. (2013). 노인 만성질환자의 불안, 우울, 건강행위에 관한 연구. *간호과학*, 25(2), 35-46.
- 조영임, & 송민선. (2005). 제 2형 당뇨병 환자의 우울, 불안, 자가관리 및 혈당 조절에 대한 연구. *論文集-東南保健大學*, 23(2), 1-10.
- 조원정. (2010). 사회적 지지와 우울정도가 관상동맥중재술을 받은 노인의 자가 간호 이행에 미치는 영향. (국내석사학위논문), 연세대학교 간호대학원, 서울.
- 조정진. (2013). 근거중심으로 살펴본 스트레스와 질병, 대한의사협회지, 56(6), 460-461.
- 조효정. (2002). 입원한 노인환자의 기질불안과 입원 시 불안과의 관계연구. (국내석사학위논문), 조선대학교 환경보건대학원, 광주.
- 최기주. (2001). 경피적 관상동맥 성형술을 받은 환자의 스트레스, 대응 전략, 우울. (국내석사학위논문), 연세대학교 대학원, 서울.
- 최영순. (2006). 방문보건사업대상 고혈압 노인환자의 혈압조절 관련 요인. (국내박사학위논문), 충남대학교, 대전.

- 추윤희, 박성욱, 이철환, 홍명기, 김재중, 김현숙, 최기준. (2000). 관상동맥내 스텐트 삽입후 재협착에 미치는 Cilostazol 의 효과. *Korean Circulation*, 30(12), 1494-1500.
- 통계청. (2010). 고령자통계, 2010.
- 통계청. (2013). 주요 사망원인별 사망률 추이.
- 한애경. (1998). 재활관련 가족참여 환자교육이 관상동맥 질환자의 자가간호 수행에 미치는 효과. *간호학탐구*, 7(1), 157-183.
- 한정원, & 박인혜. (2008). 류마티스 관절염 환자의 무기력과 건강행위에 관한 연구. *근관절건강학회지*, 15(1), 33-40.
- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes a meta-analysis. *Diabetes care*, 24(6), 1069-1078.
- Astin, F., & Jones, K. (2004). Heart disease attributions of patients prior to elective percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(1), 41-47.
- Barger, S. D., & Sydeman, S. J. (2005). Does generalized anxiety disorder predict coronary heart disease risk factors independently of major depressive disorder? *Journal of affective disorders*, 88(1), 87-91.
- Bernal López, C., Potvin, O., & Avila Funes, J. A. (2012). Frailty is Associated with Anxiety in Community Dwelling Elderly Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(12), 2373-2374.
- Brown, J. S., & McCreedy, M. (1986). The hale elderly: health behavior and its correlates. *Research in nursing & health*, 9(4), 317-329.
- Buchner, D. M., & Wagner, E. H. (1992). Preventing frail health. *Clinics in geriatric medicine*, 8(1), 1-17.

- Cardiovascular, A. A. o., & Rehabilitation, P. (2004). *Guidelines for cardiac rehabilitation and secondary prevention programs*: Human Kinetics.
- Critchley, J. A., & Capewell, S. (2003). Prospective cohort studies of coronary heart disease in the UK: a systematic review of past, present and planned studies. *European Journal of Cardiovascular Risk*, 10(2), 111-119.
- Douglas, J. S., Holmes, D. R., Kereiakes, D. J., Grines, C. L., Block, E., Ghazzal, Z. M., Jurkovitz, C. (2005). Coronary stent restenosis in patients treated with cilostazol. *Circulation*, 112(18), 2826-2832.
- Everson-Rose, S. A., & Lewis, T. T. (2005). Psychosocial factors and cardiovascular diseases. *Annu. Rev. Public Health*, 26, 469-500.
- Frasure-Smith, N., & Lespérance, F. (2008). Depression and anxiety as predictors of 2-year cardiac events in patients with stable coronary artery disease. *Archives of general psychiatry*, 65(1), 62-71.
- Hanna, I. R., & Wenger, N. K. (2005). Secondary prevention of coronary heart disease in elderly patients. *American family physician*, 71(12), 2289-2296.
- Hayward, C., Taylor, C. B., Roth, W. T., King, R., & Agras, W. S. (1989). Plasma lipid levels in patients with panic disorder or agoraphobia. *The American journal of psychiatry*, 146(7), 917
- Holmes Jr, D. R., Teirstein, P., Satler, L., Sketch, M., O'Malley, J., Popma, J. J., Caramanica, E. (2006). Sirolimus-eluting stents vs vascular brachytherapy for in-stent restenosis within bare-metal stents. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 295(11), 1264-1273.

- Kaplan, B. H., Cassel, J. C., & Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical care*, 15(5), 47-58.
- Kastrati, A., Mehilli, J., von Beckerath, N., Dibra, A., Hausleiter, J., Pache, J., Schömig, A. (2005). Sirolimus-eluting stent or paclitaxel-eluting stent vs balloon angioplasty for prevention of recurrences in patients with coronary in-stent restenosis. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 293(2), 165-171.
- Katon, W., Von Korff, M., Ciechanowski, P., Russo, J., Lin, E., Simon, G., . . . Young, B. (2004). Behavioral and clinical factors associated with depression among individuals with diabetes. *Diabetes Care*, 27(4), 914-920.
- Kent, L. K., & Shapiro, P. A. (2009). Depression and related psychological factors in heart disease. *Harvard review of psychiatry*, 17(6), 377-388.
- Kubzansky, L. D., Kawachi, I., Weiss, S. T., & Sparrow, D. (1998). Anxiety and coronary heart disease: a synthesis of epidemiological, psychological, and experimental evidence. *Annals of Behavioral Medicine*, 20(2), 47-58.
- Kuper, H., Marmot, M., & Hemingway, H. (2002). Systematic Review of Prospective Cohort Studies of Psychosocial Factors in the Etiology and Prognosis of Coronary Heart Disease. *SEMINARS IN VASCULAR MEDICINE*, 2(3), 267-314.
- Ladwig, K., Lehmacher, W., Roth, R., Breithardt, G., Budde, T., & Borggrefe, M. (1992). Factors which provoke post-infarction depression: results from the post-infarction late potential study (PILP). *Journal of*

- psychosomatic research*, 36(8), 723-729.
- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D. G., & Lip, G. Y. (2001a). Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: effects of depression and anxiety. *Psychosomatic Medicine*, 63(2), 221-230.
- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D. G., & Lip, G. Y. (2001b). Predictors of attendance at cardiac rehabilitation after myocardial infarction. *Journal of psychosomatic research*, 51(3), 497-501.
- Lemesle, G., Sudre, A., Modine, T., Delhay, C., Rosey, G., Gourlay, T., Lablanche, J. M. (2008). High incidence of recurrent in stent thrombosis after successful treatment of a first in stent thrombosis. *Catheterization and Cardiovascular Interventions*, 72(4), 470-478.
- Mæland, J. G., & Havik, O. E. (1988). After the myocardial infarction. A medical and psychological study with special emphasis on perceived illness. *Scandinavian journal of rehabilitation medicine. Supplement*, 22, 1-87.
- Minkler, M., & Pasick, R. (1986). Health promotion and the elderly: A critical perspective on the past and future. *Wellness and health promotion for the elderly/edited by Ken Dychtwald; Judy MacLean, consulting editor*.
- Newsom, J. T., Kaplan, M. S., Huguet, N., & McFarland, B. H. (2004). Health Behaviors in a Representative Sample of Older Canadians: Prevalences, Reported Change, Motivation to Change, and Perceived Barriers. *The Gerontologist*, 44(2), 193-205.
- Nicholson, A., Kuper, H., & Hemingway, H. (2006). Depression as an

- aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies. *European Heart Journal*, 27(23), 2763-2774.
- Panagiotakos, D. B., Pitsavos, C., Chryschoou, C., Stefanadis, C., & Toutouzas, P. (2001). Risk stratification of coronary heart disease through established and emerging lifestyle factors in a Mediterranean population: CARDIO2000 epidemiological study. *Journal of cardiovascular risk*, 8(6), 329-335.
- Pastorino, C. A., & Dickey, T. (1990). Health promotion for the elderly: Issues and program planning. *Orthopaedic Nursing*, 9(6), 36-42.
- Pedersen, S. S., Denollet, J., de Jonge, P., Simsek, C., Serruys, P. W., & van Domburg, R. T. (2009). Brief depression screening with the PHQ-2 associated with prognosis following percutaneous coronary intervention with paclitaxel-eluting stenting. *Journal of general internal medicine*, 24(9), 1037-1042.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). Health promotion in nursing practice.
- Roest, A. M., Martens, E. J., Denollet, J., & de Jonge, P. (2010). Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 72(6), 563-569.
- Rose, S. K., Conn, V. S., & Rodeman, B. J. (1994). Anxiety and self-care following myocardial infarction. *Issues in mental health nursing*, 15(4), 433-444.
- Rozanski, A., Blumenthal, J. A., & Kaplan, J. (1999). Impact of psychological

- factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99(16), 2192–2217.
- Sheikh, J., & Yesavage, J. (1985). Geriatric Depression Scale (GDS): recent findings and development of a shorter version, Brink TL, *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*, 1986. *Howarth Press, New York*, Sireling LI, Paykel ES, Freeling P., *Depression in general practice, British Journal of Psychiatry*, 147, 113–119.
- Smith, S. C., Allen, J., Blair, S. N., Bonow, R. O., Brass, L. M., Fonarow, G. C., Krumholz, H. M. (2006). AHA/ACC Guidelines for Secondary Prevention for Patients With Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2006 Update Endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute. *Journal of the American College of Cardiology*, 47(10), 2130–2139.
- Smith, S. C., Benjamin, E. J., Bonow, R. O., Braun, L. T., Creager, M. A., Franklin, B. A., Jones, D. W. (2011). AHA/ACCF Secondary Prevention and Risk Reduction Therapy for Patients With Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2011 Update A Guideline From the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation Endorsed by the World Heart Federation and the Preventive Cardiovascular Nurses Association. *Journal of the American College of Cardiology*, 58(23), 2432–2446.
- Somers, A. R., Kleinman, L., & Clark, W. D. (1982). Preventive health services for the elderly: The Rutgers Medical School project. *Inquiry*, 19(3), 190–198.
- Spielberger, C. D. (1972). Anxiety as an emotional state. *Anxiety-Current*

trends and theory.

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). Manual for the state-trait anxiety inventory.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing research*, 36(2), 76-81.
- Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1988). Health-promoting life styles of older adults: Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. *Advances in Nursing Science*, 11(1), 76-90.
- Walter, D. H., Schächinger, V., Elsner, M., Mach, S., Auch-Schwelk, W., & Zeiher, A. M. (2000). Effect of statin therapy on restenosis after coronary stent implantation. *The American journal of cardiology*, 85(8), 962-968.
- Williams, M. A., Fleg, J. L., Ades, P. A., Chaitman, B. R., Miller, N. H., Mohiuddin, S. M., Wenger, N. K. (2002). Secondary Prevention of Coronary Heart Disease in the Elderly (With Emphasis on Patients \geq 75 Years of Age) An American Heart Association Scientific Statement From the Council on Clinical Cardiology Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention. *Circulation*, 105(14), 1735-1743.
- Yang, Q., Cogswell, M. E., Flanders, W. D., Hong, Y., Zhang, Z., Loustalot, F., Hu, F. B. (2012). Trends in cardiovascular health metrics and associations with all-cause and CVD mortality among US adults. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 307(12),

1273-1283.

Yesavage, J. A., Brink, T., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*, 17(1), 37-49

부록 1. 연구참여 동의서



심의결과통보일(Date of Notification): 2014.06.25
IRB 유효기간 만료일(Date of Expiry): 2015.06.24

연구대상자 설명문 및 동의서

NO.

--	--	--

저는 서울대학교 간호학과 석사 과정 중에 있는 정수정 간호사입니다. 본 연구자는 관상동맥질환이 있는 약 200명 어르신들의 관상동맥질환 관리 정도와 평소 기분상태를 20분 내외의 설문을 통해 조사하고, 연구된 내용은 앞으로 관상동맥질환이 있는 어르신을 위한 교육에 소중한 자료로 활용될 수 있습니다. 평소의 건강관리와 기분상태에 대해 정확하고 솔직한 답변 부탁드립니다. 본 연구는 설문지를 통한 조사연구로 연구 대상자에게 침습적 위험성이 전혀 없으며 참여해주신 분께는 소정의 답례품을 제공할 예정입니다. 연구 과정에서 얻은 모든 정보는 기밀이 유지되며 수집된 모든 정보는 연구책임자만 알 수 있도록 처리하고 연구 목적 이외에는 일체 사용되지 않을 것입니다.

1. 본인은 본 연구에 대해 구두로 설명을 받고 상기 연구 설명문을 읽었으며 담당 연구원과 이 연구에 대하여 충분히 의논하였습니다.
 2. 본인은 연구의 위험과 이득에 관하여 들었으며 나의 질문에 만족할 만한 답변을 얻었습니다.
 3. 본인은 이 연구에 참여하는 것에 대하여 자발적으로 동의합니다.
 4. 본인은 이후의 치료에 영향을 받지 않고 언제든지 연구의 참여를 거부하거나 연구의 참여를 중도에 철회할 수 있고 이러한 결정이 나에게 어떠한 해가 되지 않을 것이라는 것을 알고 있습니다.
 5. 본인은 이 설명서 및 동의서에 서명함으로써 의학 연구 목적으로 나의 개인정보가 현행 법률과 규정이 허용하는 범위 내에서 연구자가 수집하고 처리하는데 동의합니다.
 6. 본인은 연구 설명문 및 동의서의 사본을 받을 것을 알고 있습니다.
- 연구 참여에 자발적으로 동의하시면 다음에 서명해 주시기 바랍니다.

-----절취선-----

연구대상자 성명

서명

날짜(년/월/일)

연구자 성명

서명

날짜(년/월/일)

연구책임자 : 정 수 정

피험자보호센터 : 02-2072-3509

소 속 : 서울대학교병원

■건강 행위 측정 도구

다음은 어르신의 입원 전 생활방식과 건강습관에 관한 내용입니다. 각 문항을 읽고 어르신이 현재 실천하고 있는 것과 가장 일치하는 것에 O표 해주시기 바랍니다.

	항상 잘하 였다	비교적 잘한 편이다	보통 이다	거의 못하 였다	전혀 못하 였다
1. 매일 규칙적으로 운동을 하였다					
2. 준비운동을 매일 하였다					
3. 마무리 운동을 매일 하였다					
4. 같은 장소에 오래 서 있지 않았다					
5. 무거운 것을 들지 않았다					
6. 활동 후에는 맥박을 측정하였다					
7. 처방 받은 약을 규칙적으로 복용하였다					
8. 약의 부작용이 무엇인지 알고 먹었다					
9. 의사의 처방 없이 다른 약을 먹지 않았다					
10. 담배를 피우지 않았다					
11. 음식을 싱겁게 먹었다					
12. 음식을 소량씩 먹었다					
13. 닭고기의 껍질은 제외하고 먹었다					
14. 고기의 기름은 제거하고 조금만 먹었다					

	항상 잘하 였다	비교적 잘한 편이다	보통 이다	거의 못하 였다	전혀 못하 였다
15. 계란 노른자는 1주일에 3개 이하로 먹었다					
16. 음식을 튀기 않고 굽거나 삶아서 먹었다					
17. 고기 내장은 먹지 않았다					
18. 새우, 오징어, 생선알, 굴은 먹지 않았다					
19. 음식을 먹기 전에 콜레스테롤이 많이 들어있는 음식인지 살펴보았다					
20. 커피를 마시지 않았다					
21. 콜라를 마시지 않았다					
22. 야채를 많이 먹었다					
23. 생선을 자주 먹었다					
24. 병원 방문 날짜를 항상 시켰다					
25. 병원을 방문해야 하는 위험 증상을 알고 주의하였다					
26. 추위나 더위에 갑자기 노출되지 않았다					
27. 가능한 휴식을 자주 취하였다					
28. 약을 먹고 난 후 맥박을 측정하였다					
29. 체중을 매일 측정하였다					
30. 혈압을 매일 측정하였다					

부록 2. 건강행위 하부 영역별 문항 번호

영역	문항
투약관련 건강행위	7, 8, 9, 28
식이관련 건강행위	11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23
운동관련 건강행위	1, 2, 3, 4, 5, 6, 26, 27
금연관련 건강행위	10
추후관리관련 건강행위	24, 25, 29, 30

■노인 우울 척도

다음은 잘 읽고 요즘 어르신에게 적합하다고 느끼는 답에 표시해주세요.

1. 당신은 평소 자신의 생활에 만족합니까?	예/아니오
2. 당신은 활동과 흥미가 많이 저하되었습니까?	예/아니오
3. 당신은 앞날에 대해서 희망적입니까?	예/아니오
4. 당신은 대부분의 시간을 맑은 정신으로 지냅니까?	예/아니오
5. 당신은 대부분의 시간이 행복하다고 느낍니까?	예/아니오
6. 당신은 지금 살아있다는 것이 아름답다고 생각합니까?	예/아니오
7. 당신은 가끔 낙담하고 우울하다고 느낍니까?	예/아니오
8. 당신은 지금 자신의 인생이 매우 가치가 없다고 느낍니까?	예/아니오
9. 당신은 인생이 매우 흥미롭다고 느낍니까?	예/아니오
10. 당신은 활력이 충만하다고 느낍니까?	예/아니오
11. 당신은 자주 사소한 일에 마음의 동요를 느낍니까?	예/아니오
12. 당신은 자주 울고 싶다고 느낍니까?	예/아니오
13. 당신은 아침에 일어나는 것이 즐겁습니까?	예/아니오
14. 당신은 결정을 내리는 것이 수월합니까?	예/아니오
15. 당신의 마음은 이전처럼 편안합니까?	예/아니오

■기질불안 측정 도구

다음을 읽고 어르신이 일상생활에서 일반적으로 느끼는 바를 가장 잘 나타내는 문항을 하나 골라 O표 해 주세요.

번 호		거의 그렇지 않다 (1)	조금 그렇다 (2)	보통 으로 그렇다 (3)	거의 언제나 그렇다 (4)
1	나는 기분이 좋다				
2	나는 쉽게 피곤해 진다				
3	나는 울고 싶은 심정이다				
4	나도 다른 사람들처럼 행복했으면 한다				
5	나는 마음을 빨리 정하지 못해서 실패를 한다				
6	나는 마음이 놓인다				
7	나는 마음이 차분하고 침착하다				
8	나는 너무 많은 어려운 문제가 밀려 닥쳐서 극복할 수 없을 것 같다				
9	나는 하찮은 일에 너무 걱정을 많이 한다				
10	나는 행복하다				
11	나는 무슨 일이건 힘들게 생각한다				
12	나는 자신감이 부족하다				

번 호		거의 그렇지 않다 (1)	조금 그렇다 (2)	보통 으로 그렇다 (3)	거의 언제나 그렇다 (4)
13	나는 마음이 든든하다				
14	나는 위기나 어려움을 피하려고 애쓴다				
15	나는 울적하다				
16	나는 만족스럽다				
17	사소한 생각이 나를 괴롭힌다				
18	나는 실망을 지나치게 예민하게 받아들이기 때문에 머릿속에서 지워버릴 수가 없다				
19	나는 착실한 사람이다				
20	나는 요즘의 걱정거리나 관심거리를 생각만하면 긴장되거나 어찌할 바를 모른다				

■대상자의 일반적 특성

1. 성명 : _____

2. 성별 : ① 남자 ② 여자

3. 나이 :

①65세 이상~75세 미만 ②75세 이상~85세 미만 ③85세 이상

4. 교육정도 :

①무학(한글해독 불가능) ②초졸(국졸)이하 ③중졸
④고졸 ⑤ 대졸이상

5. 직업(현재) :

① 있다(구체적인 직업 : _____)
② 없다(과거 직업 : _____)

6. 귀 가정의 월 수입 :

①100만원 이하 ②100만원~200만원 이하
③200만원~300만원 이하 ④300만원 이상

7. 같이 사는 사람(해당 사람 모두에 표시) :

① 혼자 산다 ② 배우자 ③ 자녀
④ 친척 ⑤ 친구 ⑥ 기타(구체적으로 : _____)

8. 흡연 :

①한다(하루 _____개 피/갑, _____년 동안) ②안 한다

9. 관상동맥질환 처음 진단 받은 시기

_____년 _____월 또는 _____년전

10. 동반 만성질환 :

①고혈압 ②관절염 ③당뇨 ④신장질환
⑤고지혈증 ⑥기타(구체적으로 : _____) ⑦없음

11. 관상동맥조영술 시행 횟수 :

①1회 ②2회 ③ 3회 ④ 4회 이상

12. 관상동맥 조영술로 스텐트나 풍선확장술 등의 기술 시행 여부:

①있음 ②없음

13. 관상동맥질환의 재발 가능성에 대해 의료인(의사, 간호사)에게
어떤 설명을 들었는지요?

①재발 가능성 매우 높음
②재발 가능성 약간 있음
③가능성 별로 없음

설문에 응답해 주셔서 감사합니다. 건강하세요

ABSTRACT

The effect of depression and anxiety
on health behavior of senior coronary
artery disease patients under
afterward management

Jung, SuJung
Department of Nursing
The Graduate School
Seoul National University

As the mortality rate of heart disease soars in a rapidly aging society, Korea is paying more attention to prevent and manage senior patients of coronary artery disease patients. The previous researches demonstrated the importance of health behavior to prevent reoccurrence of coronary artery disease of senior patients under afterward management. Although the negative impact of psychological factors, such as depression and anxiety, on health behavior was

recently revealed, there is a significant lack in researches on seniors, especially in the area of trait anxiety. Thus, this research attempts to understand health behavior and investigate the impact of depression and trait anxiety in order to prevent reoccurrence of coronary artery disease in senior patients under afterward management.

The data was collected from July 18th, 2014 to October 17th targeting 135 senior patients of coronary artery disease, who are under after ward treatment in circulatory internal system department in S University Hospital. The data was collected by utilizing a survey, which includes questions to inquire subjects' general and disease-related attributes as well as health behavior, depression and trait anxiety.

The result is as follows.

First, the average health behavior score of survey subjects was 106.62 out of 150. Out of 5 sub-categories of health behavior, non-smoking showed the highest average score of 4.41, which means the highest performance. Exercise category showed the lowest average score of 3.26. The average score of depression of survey subjects was 5.79 out of 15 and 54.1% of total subjects was revealed to have more than slight depression. The average score of trait anxiety was 43.99 out of 80.

Second, no statistically significant difference was observed in any categories of health behavior based on general and coronary artery disease attributes of survey subjects.

Third, except for smoking-related category, all sub-categories of health behavior including drug administration, exercise, afterward management, and diet, showed negative significant correlation with depression and trait anxiety.

Fourth, the review result of predictors, which explains the health behavior of senior patients of coronary artery disease under afterward management, revealed that only trait anxiety was a significant factor that explains the health behavior of senior patients with 18.4%.

In conclusion, this research revealed that the exercise category showed the lowest score out of all sub-categories of health behaviors of senior patients with coronary artery disease under afterward management and depression and trait anxiety have negative correlation with the health behavior of senior patients with coronary artery disease under afterward management.

This research is significant, because it identified not only depression, but also trait anxiety as a psychological factor that affects the health behavior of senior patients with coronary artery disease under afterward management. Repeated study, which includes subjects from wider area, is necessary in order to generalize the result of this research. Additionally, it is necessary to identify impediments for exercise category of health behavior since its score was the lowest. In addition, trait anxiety was identified to be related to the depression of senior patients with coronary artery disease and the most important predictor to explain health behavior; therefore, it deserves focused attention during nursing intervention.

Keywords : senior patient of coronary artery disease, health
behavior, depression, anxiety

Student number : 2013-20440